

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 36

LES ABCÈS
DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE
D'ORIGINE SIGMOÏDIENNE
(SIGMO-PÉRISIGMOÏDITES SUPPURÉES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave LE LANDAIS

Né le 16 février 1886, à Paris.

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 36

LES ABCÈS
DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE
D'ORIGINE SIGMOÏDIENNE
(SIGMO - PÉRISIGMOÏDITES SUPPURÉES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave LE LANDAIS

Né le 16 février 1880, à Paris.

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	X...
Médecine légale	PIAVOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET,	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LÉMAIRE	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président*; AUGUSTE POLLOSSON, *Assesseur*;

MM. PATEL et LERICHE, *Agrégés.*]

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Qu'il veuille bien agréer mes respectueux remerciements pour l'honneur qu'il me fait aujourd'hui de présider ma thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE PATEL

*Il m'inspira l'idée de ce travail et m'accueillit toujours avec bienveillance.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage de ma vive gratitude.*

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

LES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE D'ORIGINE SIGMOÏDIENNE

(SIGMO-PÉRISIGMOÏDITES SUPPURÉES)

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Dans une très intéressante étude parue en juillet 1910, sur les abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale ou typhlites suppurées, le Dr Kaepelin écrivait : « Lorsque le clinicien se trouve en présence d'un abcès de la fosse iliaque droite et qu'il le diagnostique d'origine intestinale, c'est toujours à un abcès appendiculaire qu'il songe, et il ne peut faire d'autre diagnostic. » Pendant longtemps on aurait pu en dire autant des abcès de la fosse iliaque gauche. C'était l'époque où, suivant l'expression de Lejars, « l'appendicite régnait comme une sorte de cauchemar sur le monde ». Toute suppuration, même lointaine, sur le trajet du gros intestin, ne pouvait être attribuée qu'à l'appendice, sans même qu'il soit nécessaire pour

personne de retrouver l'appendice coupable pour justifier cette hypothèse.

Actuellement, de nombreuses recherches ont fait justice de ces idées, et les suppurations péricoliques ont enfin leur place et une place déjà importante dans la pathologie chirurgicale du gros intestin.

M. le professeur agrégé Patel ayant eu l'occasion, au cours de cette année, d'opérer deux cas très nets de suppuration d'origine sigmoïdienne voulut bien nous communiquer ses observations et nous suggérer l'idée de ce travail.

Nous avons pu recueillir, dans la littérature médicale, quelques cas analogues publiés dans ces dernières années.

Nous ne traiterons au cours de cette étude que des abcès iliaques gauches ayant leur point de départ au niveau de l'anse sigmoïde, et reconnaissant pour cause une inflammation banale du gros intestin : c'est à ces abcès que doit être réservée l'appellation de péricolite suppurée. Ainsi seront éliminées les collections péricoliques ayant pris naissance dans un organe voisin de l'S iliaque, en particulier dans les organes génitaux internes de la femme : ovaires ou trompes, et celles consécutives à une lésion spécifique du gros intestin : cancers suppurés par exemple. A ces suppurations pourront être donnés les noms de péricolites symptomatiques, secondaires ou de paracolites.

Les abcès iliaques gauches qui pourraient résulter de l'inflammation d'un appendice ectopique, ou les faits rares d'abcès appendiculaire gauche dans le cas de

transposition de viscères sont également hors du cadre de cette étude.

Le sujet étant ainsi délimité, après un aperçu historique de la question, nous étudierons l'étiologie et la pathogénie des péricisimoïdites suppurées. Ce chapitre comprendra également quelques données d'anatomie pathologique qui ne peuvent être séparées de l'étude pathogénique. Nous exposerons ensuite l'allure clinique et les diverses variétés des abcès péricisimoïdiens, dont nous donnerons le traitement dans un dernier chapitre.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La pathologie chirurgicale du gros intestin s'est longtemps résumée en ces deux termes : néoplasme et appendicite. Il faut arriver jusqu'en 1893 pour trouver la première étude des abcès de la fosse iliaque gauche d'origine sigmoïdienne. Et, d'ailleurs, pendant une longue période, l'histoire des sigmo-périsigmoïdites suppurées ne pourra pas encore être séparée de celle des sigmoïdites en général. Ce n'est que peu à peu, quand l'attention des chirurgiens aura été attirée et retenue par plusieurs études d'ensemble sur la question des inflammations propres de l'S iliaque, que les diverses formes cliniques de sigmo-périsigmoïdites seront envisagées séparément.

Le début de l'histoire des sigmoïdites remonte seulement à 1893. C'est à cette date que paraît dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, le remarquable mémoire de Mayor, intitulé *Sur une variété d'enterite iliaque*. Mayor emploie pour la première fois le terme de sigmoïdite pour désigner l'inflammation de l'S iliaque, ou anse oméga de Trèves, et fait entrevoir la grande analogie que présentent ces inflammations sigmoïdiennes avec celles qui peuvent se

développer à l'autre extrémité du gros intestin et qu'on connaissait depuis longtemps sous le nom de typhlites. Deux observations très intéressantes de sigmo-périsigmoïdites suppurées sont rapportées, la suppuration périsigmoïdienne s'étant drainée spontanément par le rectum avant toute intervention. A ce propos, Mayor fait entrevoir quel doit être le rôle actif du chirurgien en présence de cas semblables.

Depuis cet article, la question reste en suspens jusqu'en 1898. Alors paraît à Lyon la thèse de Régnier, inspirée par M. le professeur Jaboulay, et contenant trois observations de périsigmoïdites suppurées, les premières ayant été l'objet d'un traitement chirurgical.

De nouveau, les sigmoïdites rentrent dans l'oubli et n'en sortiront que deux ans plus tard, pour être attaquées avec violence. On leur refuse droit de cité dans la pathologie du gros intestin. En 1890, Talamon avait pu écrire : « La typhlite des auteurs est une maladie purement théorique. » On la démolissait pour tout ramener à l'appendicite. De même, dix années plus tard, les sigmoïdites étaient niées par plusieurs auteurs, par Boas en particulier qui prétendait que les cas publiés avec cette étiquette n'étaient que des appendicites gauches.

Peu à peu cependant l'appendicite reperd du terrain et les sigmoïdites préoccupent à nouveau les chirurgiens; Mathew's, Edlefsen, Bittorf, Walcha, puis le professeur Rosenheim, de Berlin, auquel on doit la description la plus complète et la plus juste des sigmoïdites, publient différents travaux, mais dans lesquels

les sigmo-périsigmoïdites suppurées sont laissées un peu dans l'ombre.

La discussion de la Société de Chirurgie de Paris, soulevée en mars 1906 par une communication de Michaux sur un cas de périsigmoïdite consécutive à un abcès de l'ovaire gauche, remet les suppurations périsigmoïdiennes à l'ordre du jour. Un intéressant débat auquel prennent part tour à tour Hartmann, Segond, Tuffier, Loison, en résulte, qui permet de définir ce qu'il faut entendre par périsigmoïdite suppurée vraie, à distinguer des périsigmoïdites secondaires, extra-intestinales. Peu après paraissait la thèse de Saillant, mai 1906, où sont à nouveau exposées les idées de Michaux.

L'étude pathogénique des sigmoïdites semble faire un grand pas en avant grâce à l'article de MM. Patel et Pellanda, du *Lyon médical* de septembre 1906. Ces auteurs décrivent une S iliaque à diverticules nombreux, recueillie sur le cadavre d'une vieille femme ayant présenté de l'entéroptose généralisée et ayant succombé à des accidents pulmonaires. Ils font ensuite ressortir toute l'importance pathologique de ces diverticules du gros intestin et concluent : « Les sigmoïdites suppurées dont l'existence est entièrement démontrée reconnaissent très souvent pour cause une lésion diverticulaire. »

L'année 1907 est féconde en importants travaux sur les sigmoïdites. C'est d'abord en janvier l'article de Catz, puis presque simultanément en octobre un nouveau mémoire de Mayor et l'importante étude de M. Patel, parue dans la *Revue de chirurgie*, et rap-

portant un certain nombre d'observations de sigmo-périsigmoïdites suppurées.

Depuis 1907, les nouvelles observations publiées l'ont été surtout par des chirurgiens anglais et américains qui emploient souvent le terme de « diverticulites intestinales ». Les noms de John A. Hartwell, de Moschcowitz, de Olmsted, de Rowlands, sont surtout à retenir.

En France, les articles de Lejars (2 observations), de Poulain, de Guillaume-Louis (de Tours), la thèse de Boudailliez viennent encore apporter une contribution à l'étude de la périsigmoïdite.

Tout récemment enfin, les traités classiques commencent à consacrer quelques lignes à la question. Aimé Guinard, dans l'ouvrage intitulé *Affections chirurgicales de l'abdomen*, du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, et, d'autre part, M. Cade, dans son *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin*, traitent le chapitre des inflammations propres de l'S iliaque.

Tels sont les principaux noms à retenir et les faits les plus saillants dans l'histoire des sigmo-périsigmoïdites.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

A côté de faits étiologiques d'importance minime, tels que l'âge et le sexe des sujets, il est une notion capitale qui domine l'étiologie et éclaire la pathogénie des sigmo-périsigmoïdites suppurées. Comme le dit très justement M. Patel, dans son mémoire de 1907 sur les sigmoïdites et périsigmoïdites, « c'est dans les conditions anatomiques et physiologiques qu'il faut chercher le pourquoi de la localisation de l'infection, principalement au niveau de l'S iliaque »; elles sont de trois ordres :

- 1° La disposition anatomique de l'S iliaque;
- 2° Son rôle physiologique;
- 3° La présence à son niveau de diverticules.

Etudier ces trois points principaux sera faire en même temps l'étude étiologique des inflammations de l'S iliaque.

I. Disposition anatomique de l'S iliaque. — Nous n'avons nullement l'intention de donner ici une description anatomique détaillée de l'S iliaque. Qu'il nous suffise de rappeler qu'on a donné le nom d'S iliaque en France, de côlon ou anse sigmoïde en Angleterre et en Allemagne, à cette portion du gros intestin

qui s'étend de la crête iliaque gauche à la troisième vertèbre sacrée. Disons encore que l'S iliaque comprend deux parties, une iliaque, une pelvienne, recouvertes par le péritoine qui, sans les envelopper entièrement, les rattache à la paroi postérieure de la cavité abdominale par un mésocôlon plus long au niveau de la portion pelvienne que de la portion iliaque. Telle est, brièvement résumée, l'anatomie normale du côlon sigmoïdien. Mais combien peuvent être variables les dimensions du mésocôlon ilio-pelvien ! On conçoit très facilement que plus il sera long, plus le côlon sigmoïdien sera mobile et pourra dès lors se déplacer dans l'abdomen, apportant ainsi une gêne plus ou moins marquée à la circulation des matières fécales. Un mésocôlon très court, au contraire, serait le mésocôlon idéal, maintenant bien à sa place l'S iliaque et favorisant le cours des matières.

À côté de ces variations portant sur les moyens d'attache de l'S iliaque, il en est d'autres qui modifient le calibre même de l'intestin. On peut voir, en effet, des S iliaques plus larges, plus bosselées que normalement, formant ainsi de véritables poches accessoires soit congénitales, sortes de maladies de Hirschprung localisées, soit acquises à la suite de stase prolongée des matières fécales.

Cette stase d'ailleurs n'est qu'une accentuation de l'arrêt normal physiologique que doit subir le bol fécal dans l'S iliaque.

II. Rôle physiologique du côlon sigmoïdien.

— C'est en effet à son niveau que les matières fécales

s'arrêteront, après être passées, liquides encore, dans le cæcum et avant d'arriver solides au rectum.

Depuis longtemps connu, ce rôle de « régulateur de la défécation », dévolu à l'S iliaque, a été bien exposé par Mayor. « Il est facile, dit cet auteur, de se rendre compte de la réalité de cette fonction, en observant les personnes qui possèdent la régularité de la selle matinale. Au réveil, le besoin de la défécation n'existe généralement pas; il apparaît quelques instants après, les mouvements péristaltiques se sont accentués, ayant chassé jusque dans le rectum les matières fécales retenues plus haut. Chez certains individus, une première selle, expulsée au réveil, est suivie d'une seconde à un quart d'heure ou à une demi-heure de distance : ici, l'S iliaque avait déjà envoyé une partie de son contenu au rectum; celui-ci vidé, elle s'est déchargée définitivement, amenant une seconde fois le besoin de la défécation. »

Ce besoin de la défécation n'a d'ailleurs pas pour siège l'S iliaque, mais bien le rectum. C'est ce qui explique que certains individus soient ce qu'on a appelé des « constipés inconscients ». Ils ont bien chaque jour une selle, mais il y a, malgré cela, retard constant dans l'élimination des masses stercorales qui toujours remplissent l'S iliaque et tendent à l'irriter.

Cette irritation de la paroi intestinale chez les constipés serait une des grandes causes, pour certains auteurs, de la formation des « diverticules ».

III. Les diverticules de l'S iliaque. — « On appelle ainsi, dit M. Patel, qui a fait à ce sujet de

nombreuses recherches avec M. Pellanda, de petites saillies visibles sur la surface extérieure de l'intestin et dans lesquelles la cavité intestinale se prolonge. »

Ces diverticules ont été classés en deux groupes : diverticules vrais et diverticules faux.

Les premiers comprendraient dans leur paroi toutes les tuniques de l'intestin. Les seconds, au contraire, appelés encore diverticules muqueux, ne seraient que de simples hernies de la muqueuse à travers la tunique musculaire ; Cruveilhier les avait vus et décrits, le premier, sous le nom de « hernies tuniquaires ».

D'après les recherches toutes récentes de John A. Hartwell et A. Cecil, les parois des diverticules étudiés par eux auraient constamment présenté une tunique musculeuse, dont la minceur était en raison directe du volume du diverticule ; ce fait permet à John A. Hartwell et à Cecil de croire qu'au début il s'agit toujours de diverticules du « type vrai », qui, plus tard en grandissant, évoluent vers le « type faux ».

Ces diverticules, qui tout d'abord n'avaient été constatés que chez des sujets âgés, ont été retrouvés à presque tous les âges de la vie. Les observations que nous rapportons plus loin en font mention même chez des enfants. Ni les diverticules, ni leurs manifestations pathologiques ne sont donc l'apanage des personnes âgées, pas plus d'ailleurs qu'ils ne sont particuliers à un sexe.

Leur nombre est variable ; il y en a habituellement plusieurs sur le même individu et parfois on en trouve de vingt à trente et même plus.

Leur disposition habituelle est régulière : on les trouve échelonnés sur une bande verticale comprise entre l'insertion du mésocôlon et une bande musculaire latérale. Rarement on les rencontre sur la convexité de l'intestin.

Sans insister sur les théories, dans lesquelles la coprostase tient une grande place, qui ont tenté d'expliquer le mode de formation des diverticules intestinaux (théorie mécanique de Hansemann, théorie vasculaire de Graser, théorie glandulaire de Zilgien), nous allons maintenant essayer de faire comprendre le rôle de ces diverticules dans la pathogénie des sigmo-périsigmoïdites suppurées.

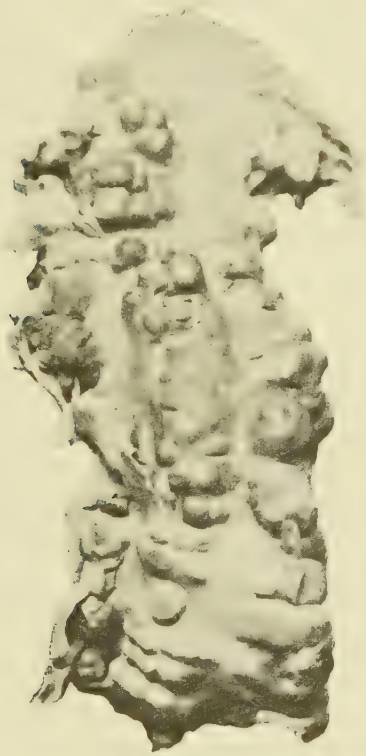
Nous devons tout d'abord attirer l'attention sur un fait important, à savoir l'analogie que présentent les diverticules iliaques avec cet autre diverticule du gros intestin qu'est l'appendice iléo-cæcal.

La constipation, favorisée par la disposition anatomique et par le rôle physiologique de l'S iliaque, ne suffit pas à elle seule pour engendrer une inflammation de l'intestin. Il n'y a, en effet, pour s'en persuader qu'à comparer le grand nombre des constipés conscients ou inconscients au nombre assez restreint de cas diagnostiqués sigmoïdites. La constipation joue le rôle de cause prédisposante, mais elle n'est pas tout.

Elle provoque des traumatismes répétés de la muqueuse intestinale. Il faut quelque chose de plus pour qu'il y ait inflammation de la paroi sigmoïdienne, et ce quelque chose, c'est l'infection.

On admettait autrefois une « sigmoïdite stercorale ». Cette appellation ne doit pas être conservée, à moins

toutefois qu'on entende par là les phénomènes infectieux provoqués par les masses stercorales stagnantes, déjà très microbiennes par elles-mêmes, au niveau de



S ILIAQUE DIVERTICULAIRE

(Patel et Pellanda, *Lyon Médical*, 23 septembre 1906)

la muqueuse traumatisée. Dans ce cas, on fait déjà jouer un rôle aux agents microbiens.

Ces agents microbiens, cause directe de l'infection, se retrouvent, ainsi que le dit Guillaume-Louis (de Tours), à l'origine de toutes les sigmoïdites, quelles

qu'elles soient, et sont la cause unique des inflammations sigmoïdiennes et përisigmoïdiennes.

Cette infection de la paroi intestinale exige-t-elle pour se produire une érosion de la muqueuse, grâce à laquelle les agents microbiens pourraient pënétrer dans les tuniques externes et émigrer autour de l'intestin ? On l'a cru longtemps, mais aujourd'hui cette érosion ne semble pas indispensable. On sait très bien actuellement « qu'une muqueuse enflammée devient par le fait perméable aux agents microbiens qui peuvent aller ainsi jouer leur rôle nocif loin de leur point de départ ».

C'est ici que les diverticules apparaissent avec toute leur importance. « Ils prolongent, dit M. Patel, la cavité intestinale et réalisent des recoins dans lesquels l'infection trouve des conditions éminemment favorables à son développement. » Il y aura différentes manières pour un diverticule de s'infecter. Tantôt ce sera par une érosion directe de la muqueuse diverticulaire, plus fragile que celle du tube intestinal ; tantôt l'infection se fera autour d'un petit corps étranger introduit dans un diverticule, boulette stercorale ou « malicieux petit corps » (brin de paille) dont parle Bland Sutton ; tantôt enfin la stase veineuse, produite par la compression due aux matières fécales arrêtées dans leur cours, réalisera un œdème de la muqueuse et transformera la cavité diverticulaire en une « cavité close » où la virulence des germes intestinaux tendra à s'exalter.

Voilà donc l'inflammation diverticulaire ou diverticulite constituée. Si l'infection ne s'arrête pas là, il est

facile de concevoir la formation de petits abcès diverticulaires, lesquels pourront donner lieu, par perforation ou même par simple migration microbienne lymphatique, à une suppuration localisée autour de l'intestin : c'est alors l'abcès péricolique.

Plusieurs auteurs ont apporté la preuve directe du rôle joué par les diverticules intestinaux dans la production des sigmo-péricolites suppurées. Bland Sutton a opéré un malade dont la péricolite suppurée s'était développée autour d'un brin de paille fiché dans une frange épiploïque contenant un diverticule. Georgi, Rolleston, plus récemment M. Patel, John A. Hartwell et d'autres auteurs ont vu également des diverticules perforés dans des abcès péricoliques.

L'abcès péricolique peut aussi avoir une autre origine. Au lieu d'être en quelque sorte primitif, il succède parfois à une inflammation chronique plus ou moins prolongée de l'S iliaque, ayant donné lieu à ce qu'on a appelé les « tumeurs inflammatoires » de l'anse sigmoïde. Par propagation de l'infection autour du côlon sigmoïdien, il se produit un abcès qui est une complication de la tumeur inflammatoire préexistante.

Si le péritoine péricolique réagit à temps et crée des adhérences, l'infection se localisera autour de l'anse sigmoïde. Si, au contraire, pour une raison quelconque (virulence plus grande des microbes, moindre résistance du sujet, etc.), l'abcès n'est pas circonscrit à son début, il donnera lieu à une péritonite purulente diffuse, qui aggrave considérablement le pronostic.

Quels sont les microbes, capables de produire ces abcès péricoliques ? Aucune recherche dans ce sens

n'a été faite à notre connaissance. Mais il est permis de croire, par analogie encore avec l'appendicite, qu'il s'agit dans ces suppurations, du *bacterium coli* associé ou non aux microbes de la suppuration.

En somme, la localisation de l'infection au niveau de l'S iliaque est plus fréquente que sur les autres segments du côlon, et cela en raison des dispositions anatomiques spéciales, acquises ou normales, et de la fonction physiologique dévolue à cette portion du gros intestin.

Tout ce qui tendra à favoriser et à prolonger l'arrêt des matières fécales dans l'S iliaque, par conséquent « la constipation », sera une cause prédisposante. Les causes déterminantes devront être cherchées soit parmi les maladies infectieuses générales, toutes susceptibles de provoquer une infection localisée à l'S iliaque, soit parmi les affections locales intéressant directement la muqueuse intestinale (on peut suivre toute la série depuis la simple entérite, jusqu'à l'ulcération de la muqueuse).

En terminant ce chapitre d'étiologie et de pathogénie des sigmo-périsigmoïdites suppurées, on peut conclure avec M. Patel « que l'S iliaque, au point de vue de la pathogénie de ses maladies inflammatoires, doit être comparée à un cæcum dont les diverticules seraient autant d'appendices petits et nombreux ».

Voyons maintenant comment se présentent cliniquement ces abcès périsigmoïdiens.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

On a pu très justement écrire à propos de l'appendicite : « C'est le côlon que l'on interroge, mais c'est le péritoine qui répond. » Il en est de même dans la sigmo-périsigmoïdite suppurée. On verra, en effet, au cours de cette étude clinique, que ce qui donne à un abcès périsigmoïdien son allure plus ou moins rapide et ce qui en fait le pronostic plus ou moins grave, c'est la réaction péritonéale à laquelle il a donné naissance. Cette réaction péritonéale elle-même sera sous la dépendance de la situation des diverticules enflammés, origine de la suppuration. Suivant que le ou les diverticules en question siègent sur la face péritonéale ou sur la face mésocôlique de l'intestin, on aura une topographie différente des collections suppurées, qui se traduiront par des phénomènes péritonéaux plus ou moins accentués.

Seul le début de l'affection est à peu près toujours le même, et se présente de la façon suivante. Chez un individu habituellement en bonne santé, mais ayant presque toujours présenté quelques troubles intestinaux, peu accusés souvent, soit diarrhée, soit plutôt constipation opiniâtre, survient brusquement en plein

travail parfois, une douleur violente dans le côté gauche de l'abdomen. Il est à remarquer que dans les sigmoïdites simples le début n'a pas cette forme brutale, mais que l'affection s'installe insidieusement. Presque aussitôt surviennent des vomissements

Cependant le début n'a pas toujours cette brusquerie qui rappelle celle de l'attaque appendiculaire. On peut voir, en effet, un abcès péricolique survenir graduellement au milieu d'un syndrome de l'entéro-colite qui traduit une sigmoïdite non suppurée d'abord.

C'est seulement alors que l'abcès est réalisé que les phénomènes vont prendre un aspect différent, suivant que le péritoine sera plus ou moins intéressé. Et les symptômes fonctionnels, et les signes physiques constatés seront variables suivant la topographie des abcès péricoliques.

On peut classer les abcès péricoliques en deux groupes : abcès intra-péritonéaux, et abcès extra-péritonéaux, ou mieux rétro-péritonéaux, les premiers développés autour de la portion mobile de l'S iliaque, les seconds au niveau de sa portion fixe.

I. — ABCÈS INTRA-PÉRITONÉAUX

Cette classe comprendra trois variétés : des abcès antéro-inférieurs, des abcès antéro-supérieurs et des abcès intra-mésocoliques qui serviront de transition entre le groupe des abcès intra-péritonéaux et celui des abcès extra-péritonéaux.

Ces trois variétés se traduiront par des symptômes

fonctionnels à peu près identiques et ne se différencieront que par leurs signes physiques.

Le premier en date des signes par lesquels se manifeste une collection péricolique, c'est la douleur. Nous l'avons vue survenir plus ou moins brusquement ; une fois installée, elle est à peu près constante, mais ne gardant pas toujours la même intensité ; elle présente des paroxysmes, soit spontanés, soit provoqués par la palpation de la fosse iliaque gauche. Les mouvements du malade l'exagèrent également. Localisée à la fosse iliaque gauche, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, elle peut présenter des irradiations vers l'hypocondre gauche.

Cet état douloureux s'accompagne de nausées, de vomissements d'abord alimentaires, puis teintés peu à peu par la bile. Si l'intoxication de l'organisme est très marquée, les vomissements peuvent devenir franchement hématisés : nous reviendrons plus loin sur ce *vomito negro* sigmoïdien que nous étudierons comme complication des abcès péricoliques.

La langue est sèche, saburrale. Le facies est altéré, les traits tirés, les yeux brillants : c'est le facies péritonéal. On constate souvent une légère dyspnée, se traduisant objectivement par une accélération du rythme respiratoire qui est diminué dans son amplitude.

La constipation est habituelle et rebelle aux traitements ordinaires. Parfois même les malades n'expulsent ni selles, ni gaz et on a des signes d'obstruction intestinale.

La température varie suivant le degré de l'infection.

Certains malades atteignent et dépassent 39 degrés : chez eux la réaction, se fait bien. Chez d'autres, au contraire, la température oscille autour de 38 degrés, parfois même elle reste aux environs de 37°5 ; c'est alors l'indice d'une péritonite grave avec intoxication profonde de l'organisme qui ne réagit plus.

Le pouls est habituellement rapide, variant de 90 à 110 et plus ; il est en même temps petit ; sa tension, plus ou moins bonne, indique l'état de plus ou moins grande résistance du cœur.

Tels sont les symptômes fonctionnels qu'on retrouve dans presque tous les cas à peu près au complet, avec seulement des différences dans le degré. Etudions maintenant les signes physiques qui révéleront l'existence d'un abcès péricystique.

On constate à l'examen du malade que le ventre est ballonné ; il y a habituellement du météorisme généralisé. L'abdomen est également immobilisé, surtout dans sa partie inférieure, par contracture des muscles abdominaux.

Quand ce météorisme existe, il empêche très souvent de localiser le siège de l'affection à gauche. Chez le malade de notre observation I, on ne percevait aucune résistance plus marquée d'un côté que de l'autre ; par suite de contracture de la paroi, soit spontanée, soit provoquée par la palpation, il est souvent impossible de rien sentir à gauche. Une légère matité cependant peut parfois être décelée par la percussion à ce niveau.

Si, au contraire, le météorisme et la contracture sont moins prononcés, ou, comme cela arriva pour le malade de l'observation I, lorsque la contracture a

diminué sous l'influence de l'anesthésie, la palpation de l'abdomen est plus facile et permet de localiser l'emplacement de l'abcès.

Cette situation, révélée par un empâtement plus ou moins étendu, peut être variable et on distinguera trois variétés d'abcès.

a) Des abcès antéro-inférieurs, situés immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, plus près du pubis que de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ils semblent adhérer à la paroi abdominale, en arrière de laquelle ils sont immédiatement situés. Ils reconnaissent pour origine une lésion de la face convexe de la portion mobile du côlon iléo-pelvien.

b) Des abcès antéro-supérieurs, les plus fréquents, semble-t-il, placés sur le bord externe du grand droit gauche, un peu au-dessous de l'ombilic. La tuméfaction, perceptible à la palpation, qui les révèle, se trouve située à peu près à mi-distance sur une ligne unissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Leur point de départ serait une lésion de la face convexe de la portion mobile de l'anse sigmoïde. Si l'on se reporte à l'étiologie des abcès péri-sigmoïdiens, on comprendra sans peine pourquoi cette variété d'abcès est la plus fréquente : c'est en effet au niveau de la portion mobile du côlon sigmoïdien que seront réalisées le plus souvent les conditions prédisposant à l'infection consécutive à la stase stercorale.

c) Des abcès intra-mésocoliques. — Cette

variété d'abcès siège entre les deux feuillets du mésocolon iliaque dédoublé. Un abcès ainsi localisé n'est plus à proprement parler intra-péritonéal, mais plutôt sous-péritonéal. Suivant qu'il viendra se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure ou qu'au contraire, il en restera séparé par des anses intestinales, il donnera des signes différents : dans le premier cas en effet, on sentira à la palpation une tuméfaction qui, percutée, rendra un son mat ; dans le second cas, une palpation profonde révélera la tuméfaction qui restera sonore à la percussion.

Dans cette classe d'abcès intra-péritonéaux que nous venons d'étudier, nous avons vu le péritoine réagir plus ou moins violemment et donner lieu à des phénomènes en général bruyants de péritonite localisée, circonscrite. Tout différents se présentent les abcès péricécaliens dont nous allons entreprendre maintenant de décrire l'aspect clinique.

II. — ABCÈS EXTRA-PÉRITONÉAUX OU MIEUX RÉTRO-PÉRITONÉAUX

Ces abcès sont moins fréquents que les autres. Nous n'avons pu en réunir que deux cas, l'un observé par M. Jaboulay et rapporté dans le *Lyon Médical* de 1904, l'autre vu par M. Patel et opéré par lui en août 1910.

Symptômes fonctionnels et signes physiques différents totalement de ceux des abcès intra-péritonéaux.

Le début se fait là encore par une douleur, mais, au lieu qu'elle survienne brusquement, c'est une douleur sourde, qui s'installe insidieusement, au niveau de la

région lombaire à gauche. La douleur une fois installée demeure constante, mais supportable, et sans présenter de paroxysmes. Peu après, le malade dont l'attention est attirée sur la région douloureuse constate là la présence d'une tuméfaction qui augmente progressivement de volume.

Comme antécédents on ne relève chez les deux malades dont nous relatons plus loin les observations que des troubles intestinaux : constipation chez l'un, diarrhées assez fréquentes chez l'autre. Ces diarrhées, d'ailleurs, peuvent très bien être la traduction d'une irritation continuelle de l'anse sigmoïde par des masses stercorales durcies et arrêtées à ce niveau.

Aucun autre symptôme fonctionnel, sauf une hyperthermie légère, n'est constaté; pas de phénomènes péritonéaux obligeant le malade à cesser son travail et à s'aliter. Le malade de M. Patel est même venu à pied de chez lui à l'hôpital, accomplissant ainsi une marche assez longue sans trop ressentir de fatigue.

L'examen objectif montre une tuméfaction douloureuse à la pression, sonore et fluctuante profondément, bombant légèrement au niveau du triangle de J.-L. Petit. Il n'y a que des signes de suppuration, sans réaction péritonéale. C'est qu'en effet le péritoine péri-sigmoïdien n'est pas intéressé. Sans doute par suite d'une brièveté anormale du mésocôlon ilio-pelvien, l'anse sigmoïde se trouve plus rapprochée qu'à l'ordinaire de la paroi abdominale postérieure. Il s'ensuit qu'un abcès ayant pris naissance au niveau de la face postérieure du côlon sigmoïdien se développera dans le tissu cellulaire rétro-sigmoïdien et, se trouvant au

contact du triangle de J.-L. Petit, point faible de la paroi lombaire, aura tendance à le perforer et à marcher vers l'extérieur.

Cette catégorie d'abcès extra-péritonéaux pourrait être divisée en deux variétés: abcès rétro-iliaques et abcès lombaires, suivant que le pus une fois formé remonterait le long du côlon descendant, contre la paroi abdominale postérieure, ou fuserait directement vers l'extérieur à travers le triangle de J.-L. Petit.

EVOLUTION DES ABCÈS PÉRISIGMOÏDIENS

L'évolution de ces abcès varie avec leur siège.

Rarement l'abcès se résorbe. M. Jaboulay en a vu un cas en 1891; le malade présenta pendant quinze jours des signes de suppuration péricolique qui peu à peu disparurent sans qu'on ait vu d'évacuation de pus.

Dans tous les cas que nous relatons, la collection purulente une fois constituée s'est évacuée spontanément ou a dû être évacuée par une intervention chirurgicale.

L'évacuation spontanée peut se faire à l'extérieur; c'est le cas pour les abcès antéro-inférieurs qui adhèrent à la paroi abdominale; c'est le cas également qui se serait produit pour les abcès lombaires; quelques jours de plus, et la peau se serait ouverte à leur niveau.

L'ouverture dans l'intestin paraît assez fréquente. On l'a observée surtout au début, alors que les abcès péricoliques étaient encore mal connus. Dans les deux

observations de Mayor, le malade, à la veille d'être opéré, évacue son abcès avec des selles. Cette terminaison fut particulièrement heureuse, puisque les deux malades guérissent rapidement à la suite de ce drainage spontané.

L'ouverture dans la vessie est signalée par Hepner, fistule intestino-vésicale par l'intermédiaire d'un diverticule de l'S iliaque.

Le vagin peut également servir de voie de drainage à un abcès péricolique. C'est le cas de la petite malade de Le Fort, dont la thèse de Boudailliez fait mention : dix jours après le début de l'affection, 300 grammes de pus fétide s'écoulent par le vagin et cet écoulement continue abondamment les jours suivants. La malade guérit d'ailleurs, après intervention.

Ce que l'on voit aussi, c'est la diffusion de la collection purulente, surtout pour les abcès rétro-iliaques. Dans un des cas de Rolleston, l'abcès remontait du bassin jusqu'au diaphragme.

Cette diffusion de la suppuration peut également se faire dans le péritoine par rupture de l'abcès péricolique. Ainsi se trouve détruite l'affirmation de Saillant que « en aucun cas, le pus ne s'est épanché dans le péritoine ». Les observations de Rolleston, de Walcher, de Georgi, de Lejars signalent une péritonite purulente généralisée, ayant fait suite à la rupture d'un abcès péricolique : d'ailleurs, l'évolution fut fatale pour les divers malades. Dans un cas de Le Fort, on put intervenir au début de la diffusion de l'abcès dans le péritoine ; grâce à un drainage rigoureux, on put sauver le malade.

COMPLICATIONS DES ABCÈS PÉRISIGMOÏDIENS

Jusqu'ici, on n'a pas encore signalé beaucoup de complications survenant au cours d'une sigmo-périsigmoïdite suppurée. Mais il ne sera pas étonnant d'enregistrer dans l'avenir toute une série de complications infectieuses (abcès métastatiques, abcès du foie, psoïtes...), analogues à celles qu'on a décrites dans l'appendicite suppurée.

Actuellement, nous n'avons rencontré que des complications dues bien plutôt à l'infection générale qu'au siège de la suppuration.

La plus ancienne en date est la phlébite gauche, signalée dans l'observation de Loison, en même temps d'ailleurs qu'une douleur au niveau de l'hypocondre droit. Il est permis de penser que ce retentissement hépatique était dû à une embolie infectieuse dans une branche de la veine porte et que cette manifestation aurait pu se terminer par un abcès du foie. Ces deux complications sont assez fréquentes au cours des suppurations appendiculaires.

Une autre complication, également signalée dans certaines appendicites par le professeur Dieulafoy, a été observée à deux reprises chez des malades dont l'histoire est relatée dans la thèse de Boudailliez. Nous voulons parler de ce qu'on a appelé par analogie avec ce qu'on trouve dans l'appendicite, le « *vomito negro sigmoïdien* ». Dans les deux cas, dont un s'est terminé par la mort et dont l'autre a été très grave et a duré deux mois, l'hémorragie, due à des ulcérations

gastriques, était très probablement sous la dépendance de phénomènes toxiques, ayant produit une gangrène de la paroi de l'estomac.

PRONOSTIC DES ABCÈS PÉRISIGMOÏDIENS

Les abcès péricoliques sont graves ; le pronostic doit souvent être réservé, surtout pour les abcès intra-péritonéaux, car la possibilité d'une infection péritonéale généralisée est toujours à craindre.

On peut espérer cependant que mieux ces abcès seront connus, moins graves ils deviendront. Le traitement par incision précoce, avec drainage de la cavité abcédée, permettra en général une guérison assez rapide. Il importe, pour instituer ce traitement le plus tôt possible, de faire un diagnostic qui très souvent présente de réelles difficultés. C'est ce point que nous allons étudier maintenant.

DIAGNOSTIC

Peut-on porter le diagnostic de sigmo-péricolite suppurée ? Nous croyons qu'en l'état actuel des choses, ce diagnostic présente les plus grandes difficultés, même si l'on met en œuvre les derniers moyens d'investigation connus, tels que la recto-sigmoïdoscopie et l'insufflation de l'intestin, que Boudailliez, dans sa thèse, regrette de voir peu employer en France, mais qui, à notre avis, ne peuvent être, dans le cas présent, d'un grand secours.

D'ailleurs, la question vraiment importante n'est

pas de poser un diagnostic ferme de sigmo-périsigmoïdite suppurée. Ce qui importe avant tout en clinique, ce qui conduira immédiatement au traitement, c'est de savoir s'il existe une collection suppurée.

1° Y a-t-il du pus? — S'il a été facile, pour les deux malades porteurs d'un abcès lombaire, de diagnostiquer la présence d'une collection purulente, il n'en a pas toujours été de même pour les malades atteints de périsigmoïdite à abcès intrapéritonéal antérieur.

Dans plusieurs cas, l'évolution a été telle que le chirurgien a pu penser rapidement à l'existence d'un abcès intra-abdominal : douleur, élévation de température, présence d'une tuméfaction mate, douloureuse, réaction péritonéale plus ou moins intense.

Mais, si l'on se reporte à nos observations, on pourra constater que, dans d'autres cas, et non isolés, l'évolution et la constatation des signes fonctionnels et physiques orientaient le chirurgien vers un diagnostic tout autre que celui de suppuration.

C'est ainsi que pour la malade dont Mauclaire a rapporté l'histoire à la Société de Chirurgie en juillet 1910, tout faisait penser à l'existence d'un néoplasme du côlon iliaque : âge de la malade (52 ans), tumeur allongée dans la direction de l'intestin, diarrhée sanguinolente, amaigrissement rapide. L'empâtement et la fièvre qui firent songer à un abcès ne survinrent que plus tard.

Dans les cas de Lejars et de Donaldson, les symptômes présentés par les deux malades offraient tout

à fait l'aspect clinique de l'occlusion intestinale. Lejars, qui a rapproché ces deux cas dans un article de la *Semaine médicale*, de décembre 1907, conclut que si « l'iléus paralytique secondaire n'est pas exceptionnel au cours des suppurations aiguës qui avoisinent l'intestin, il convient de faire ressortir l'existence de sigmo-périsigmoïdites à forme d'occlusion ». Pour les diagnostiquer de l'iléus vrai, il faudra étudier soigneusement la température qui présente des élévations courtes, passagères, peu marquées, l'occlusion qui, en général, n'est pas absolue, définitive, mais s'établit par à-coups, en un mot « traîne », pour employer l'expression de Lejars. Ces légères différences devront suffire à un clinicien avisé pour faire le diagnostic de suppuration ou, du moins, pour y penser.

2° Il y a du pus, quelle est son origine? —

Lorsque le diagnostic de suppuration aura été porté, on ne pourra alors qu'émettre des hypothèses au sujet de son origine. A ce moment, pour affirmer le diagnostic de sigmo-périsigmoïdite suppurée, l'important, comme le dit A. Guinard, dans « les Affections chirurgicales de l'abdomen », du *Nouveau Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, « l'important, c'est d'y penser », après avoir toutefois passé en revue les causes possibles de la présence d'un abcès dans la fosse iliaque gauche.

Si les symptômes de suppuration abdominale sont constatés chez une femme, il y a une série d'affections auxquelles il faudra immédiatement penser : ce sont les affections génitales et surtout la salpingo-ovarite

suppurée, le phlegmon du ligament large, le kyste suppuré de l'ovaire. En interrogeant la malade au point de vue d'antécédents possibles blennorragiques ou puerpéraux, en pratiquant un examen soigneux, grâce peut-être à un toucher vaginal, on peut arriver à éliminer les différentes affections que nous venons de citer, à moins toutefois qu'elles n'aient donné lieu à la formation d'une de ces pérисигмоïdites secondaires, extra-intestinales dont nous avons parlé au début de ce travail.

Il est en outre, trois affections pour lesquelles le diagnostic différentiel d'avec la sigmo-pérисигмоïdite suppurée paraît encore plus difficile et est peut-être même impossible.

Ce sont :

1° Les abcès pérисигмоïdiens consécutifs à un ulcère de l'S iliaque. Rien ne les distingue au point de vue clinique des abcès pérисигмоïdiens. Tout s'y passe de même : crise côlique antérieure, douleur brusque, mêmes signes de suppuration. Il est à remarquer cependant que depuis que les diverticules intestinaux sont connus, le nombre des ulcères vrais a diminué. Peut-être, nombre de cas diagnostiqués ulcères vrais avec abcès n'étaient-ils que des sigmo-pérисигмоïdites suppurées.

2° L'appendicite suppurée gauche. On la signalait quelquefois avant de connaître les sigmo-pérисигмоïdites suppurées. Elle peut exister soit dans le cas d'inversion des viscères, comme chez une femme opérée par M. Jaboulay pour salpingite, soit dans le cas d'appendice très long, dirigé vers la fosse ilia-

que gauche, comme celui de 25 centimètres, que Chalié signalait dans le *Lyon Médical*, de septembre 1907. Ces cas se rencontrent, mais sont rares, et il est permis de penser que beaucoup de cas diagnostiqués appendicites gauches étaient plutôt des sigmo-périsigmoïdites suppurées.

3° Les cancers suppurés de l'S iliaque. Certains de ces cancers, étudiés entre autres par Tuffier, se manifestent primitivement par des abcès. A côté de ces formes on trouve également les cancers qui ont donné lieu, après longtemps, à un abcès péri-intestinal. La constatation du pus gazeux, fécaloïde, au cours de l'intervention, ne suffit pas à éliminer le diagnostic de néoplasme. Mais l'évolution ultérieure permet de dire s'il y a cancer ou non : dans le cas de cancer, la fistule stercorale ne se tarit pas, la cachexie survient très vite et entraîne rapidement la mort. Au contraire dans le cas de sigmo-périsigmoïdite banale, l'amélioration se fait sentir presque aussitôt après l'opération et en général quelques jours suffisent pour la guérison. Peut-être est-ce cette erreur de diagnostic qui a permis de croire à la guérison de néoplasmes de l'S iliaque pour lesquels on avait pratiqué la résection de la tumeur, alors qu'une simple incision suivie de drainage aurait suffi, si la tumeur n'était qu'inflammatoire.

Pour conclure ce chapitre de diagnostic nous dirons que rarement on pourra formuler, de façon ferme, le diagnostic de sigmo-périsigmoïdite suppurée vraie. Aucun signe absolument positif n'existe. Le point capital, « lorsque toute cause d'ordre génital aura été écartée, lorsque des antécédents d'entéro-colite existent

et lorsqu'on rencontrera les signes que nous avons mentionnés, c'est d'y songer. L'opération et les suites opératoires viendront donner raison ou tort à l'hypothèse formulée. »

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Dès que la présence d'une suppuration péricolique aura été diagnostiquée, la question se posera de savoir s'il faut intervenir ou non. Nous avons vu plus haut quelle peut être l'évolution spontanée d'un abcès péricolique ; nous rappellerons en quelques mots que la résorption d'un tel abcès est exceptionnelle, que l'ouverture spontanée au rectum, à la vessie, au vagin, peut se voir, enfin que, dans tous les cas, la rupture de l'abcès dans le péritoine et la formation d'une péritonite généralisée sont à redouter.

De ces constatations découle l'indication formelle qui est d'ouvrir l'abcès dès que sa présence est reconnue. On incisera au point culminant de la tuméfaction, bien délimité, sous anesthésie, le malade étant en pleine résolution musculaire.

Pour les abcès antéro-inférieurs on fait une incision analogue à celle de Roux pour les abcès appendiculaires, c'est-à-dire parallèle à l'arcade de Fallope. La même recommandation que dans l'incision de Roux s'impose : de ne pas sectionner les fibres musculaires de la paroi abdominale, mais bien de les dissocier pour éviter une éviscération ultérieure.

L'incision de Jalaguier sera pratiquée pour les abcès antéro-supérieurs et intra-mésocoliques.

Dans les abcès postérieurs lombaires, saillant en arrière, l'incision postérieure suffit, suivie de drainage. On aura soin seulement de ne pas laisser trop longtemps en place le drain pour éviter une ulcération possible de l'artère ilio-lombaire. Ce fait, signalé dans certains cas d'appendicite suppurée à abcès lombaire, donnerait lieu à une hémorragie grave, mortelle peut-être.

Certains chirurgiens américains et anglais, John A. Hartwell, Olmsted, ont pratiqué pour des diverticules suppurés la résection de l'S iliaque malade. Il ne semble pas que l'ablation du segment d'intestin atteint, suivie d'entéro-anastomose, soit indispensable.

La simple incision de l'abcès, suivie d'un large drainage de la cavité abcédée doit suffire dans la plupart des cas. Elle a donné de très bons résultats chez presque tous les malades observés.

En général, après l'ouverture de l'abcès, la température tombe, les phénomènes péritonéaux s'amendent. Il n'y a prolongation des signes d'inflammation que s'il y avait eu diffusion de la suppuration. Dès que celle-ci est tarie tout rentre dans l'ordre ; cependant on a signalé quelquefois l'existence d'une fistule stercorale consécutive à l'ouverture d'un abcès péricécal. Ces fistules, d'ailleurs, n'ont qu'une durée très courte ; en quelques jours elles se sont fermées d'elles-mêmes.

La guérison est la règle, les complications, assez rares en somme, mises à part.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation I (inédite et personnelle).

Sigmoïdite suppurée; abcès antéro-externe.

Résumé : Abcès iliaque gauche avec symptômes péritonéaux datant de huit jours. — Opération : Laparotomie latérale gauche ; évacuation de pûs ; perforation de l'S iliaque ; drainage ; guérison.

J. F..., âgé de quinze ans et demi, demeurant à Haute-Rivoire (Rhône), entre, le 16 août 1909 au soir, à l'Hôtel-Dieu, à l'infirmerie de porte, pour des symptômes de péritonite remontant à huit jours. A ce moment le malade raconte qu'il a été pris brusquement d'une douleur dans la fosse iliaque gauche. Depuis, la douleur a persisté avec des alternatives de diminution et d'aggravation. En même temps, vomissements fréquents, bilieux ; diarrhée.

Le ventre s'est considérablement ballonné depuis vingt-quatre heures.

Le malade n'a été ni purgé, ni alimenté.

Il n'a pas d'affections antérieures ; sa mère raconte que, quinze jours avant sa maladie, il avait déjà de la diarrhée survenue à la suite d'ingestion de fruits.

A l'examen, facies péritonéal ; pouls fréquent, petit, assez tendu cependant. Ventre très ballonné ; météorisme généralisé ; pas de péristaltisme. A la palpation on ne sent aucune résistance plus marquée d'un côté que de l'autre. A la percussion, submatité légère du côté gauche. Rien au toucher rectal.

On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire.

L'ne intervention est décidée aussitôt.

Opération le 16 août 1909. — (M. Patel, assisté de M. Chattot).

Le malade étant endormi, la palpation de l'abdomen est plus facile et l'on se rend compte alors que la résistance est plus marquée à gauche qu'à droite. On délimite facilement une masse très volumineuse qui occupe toute la fosse iliaque gauche, qui remonte près de l'ombilic et atteint presque la ligne médiane jusqu'au pubis. On fait alors le diagnostic de suppuration iliaque gauche et on décide d'inciser du côté gauche.

Incision iliaque gauche, à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche. Dissociation des fibres du grand oblique. Œdème considérable du tissu cellulaire lâche intermusculaire. Dissociation des fibres du transverse et du petit oblique. On arrive alors dans une cavité purulente d'où l'on évacue, à l'aide de l'aspirateur, plus d'*1 litre de pus gazeux, à odeur fécaloïde, nettement d'origine intestinale*. Les lèvres de la plaie sont écartées; la cavité abcédée est nettoyée et explorée. On aperçoit alors que ses limites sont formées, en avant par la paroi abdominale, en arrière par la fosse iliaque et en dedans par un boudin allongé, dépressible, qui n'est autre que l'S iliaque; en bas, l'abcès ne dépasse pas le détroit supérieur. L'exploration attentive de la face externe de la portion fixe du côlon iliaque montre qu'il existe une ulcération de la dimension d'une grosse tête d'épingle, qui est placée sur une sorte de petite saillie qui n'est autre chose qu'un diverticule intestinal. Il ne semble pas y avoir de communication avec l'intérieur.

Drainage. Suites opératoires très simples. La suppuration a persisté environ trois semaines. Pas de fistule stercorale. Le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

Observation II (inédite et personnelle).

Abcès lombaire gauche survenu très insidieusement.

Opération : ouverture; pus gazeux fécaloïde;
pas de lésion osseuse ou rénale.

V. J..., homme de quarante-cinq ans, demeurant à Breillioles (Rhône), entre, le 3 août 1910, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, dans le service de M. Bérard, suppléé par M. Patel.

Il se présente avec une tuméfaction douloureuse de la région lombaire gauche, qui serait survenue il y a une quinzaine de jours. A ce moment, sans phénomènes prémonitoires très nets, il ressentit une douleur sourde dans cette région, puis vit peu à peu se développer une tuméfaction qui alla en augmentant de volume. Le malade n'a aucun antécédent personnel, sauf des diarrhées assez fréquentes.

A l'examen, on constate dans la région lombaire gauche une tuméfaction du volume d'un pois, très douloureuse à la pression, fluctuante profondément. L'examen clinique de la colonne vertébrale, de la crête iliaque, ne révèle absolument rien. Le rein est perceptible, non augmenté de volume. Aucun trouble urinaire; les urines ne renferment rien. Température, 38°5. Par exclusion, on arrive à poser le diagnostic probable d'abcès d'origine intestinale.

Opération, 4 août 1910 (M. Patel). Incision légèrement oblique, suivant la partie saillante de l'abcès. Le tissu cellulaire atteint, on ouvre une collection suppurée contenant du pus franc, gazeux, à odeur fécaloïde. Il semble sortir du bord supérieur de la crête iliaque, au niveau du triangle de Jean-Louis Petit. Le grand dorsal est incisé, et on est en présence d'une seconde collection qui s'étale profondément contre la face postérieure du péritoine. Pas de lésion osseuse perçue; la colonne vertébrale n'est pas atteinte; la crête iliaque n'est nullement dénudée. Le rein, dont on sent le pôle inférieur, paraît sain. On trouve seulement une zone suspecte du côté de la face postérieure du péritoine et, à ce

niveau, le doigt a l'impression de rencontrer la face postérieure de l'S iliaque.

Drainage. Fermeture de la partie supérieure du triangle de J.-L. Petit. Suites opératoires : chute de la température le lendemain. Guérison sans incidents au bout d'une dizaine de jours.

Observation III

(Recueillie dans le service du professeur Jaboulay,
Lyon médical, 1904, p. 325.)

Abcès lombaire. — Ouverture. — Guérison.

Homme de trente-huit ans : début il y a huit jours par une tuméfaction douloureuse, survenue dans la région lombaire gauche. Constipation antérieure. Tumeur fluctuante siégeant au niveau du triangle de J.-L. Petit. Température : 38°2. Incision ; évacuation de pus gazeux, fécaloïde ; pas de point osseux dénudé. Guérison en huit jours.

Observation IV

(Recueillie dans le service du professeur Jaboulay,
Lyon médical, 1904, p. 325.)

Abcès antéro-supérieur ombilical. — Ouverture. — Guérison.

Homme de vingt et un ans : début brusque en plein travail ; trois jours après, tuméfaction abdominale gauche. Pas de selles. Neuf jours après, phénomènes péritonéaux intenses (vomissements, hoquets, pas de selles, dyspnée).

Tuméfaction résistante au-dessous et en dehors de l'ombilic, à gauche, siégeant sur le bord externe du droit. Température : 38°6. Pouls : 120.

Incision sur le bord externe du grand droit ; à gauche, découverte d'une collection intramésocolique ; l'S iliaque est en dehors, lui adhérent. Deux verres de pus fécaloïde. Guérison en quinze jours.

Observation V

(Due au professeur Aug. Pollosson. Parue dans *Revue de chirurgie*, 1907. Article de M. Patel : Sigmoidites et Périssigmoidites.)

Abcès antéro-inférieur. — Ouverture par voie inguinale.

Femme de quarante-six ans, souffrant déjà depuis sept ans du côté gauche, sans que l'on ait pu déterminer une affection précise. Depuis un mois, douleur plus vive; gêne dans le membre inférieur gauche; légère augmentation de volume de l'abdomen. L'examen est négatif du côté des organes génitaux; on sent, dans la fosse iliaque gauche, une masse du volume d'une orange, remontant à 4 centimètres au-dessus du pubis; œdème considérable de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale. Incision; il s'écoule du pus gazeux, fécaloïde; l'intestin n'est pas perçu. M. Pollosson admet, par élimination, qu'il ne peut s'agir que d'une sigmoidite suppurée.

Observation VI

(Mayor, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 421.)

Abcès périssigmoïdien, ouvert spontanément dans le rectum.

Femme de vingt-deux ans, constipée, frisson, fièvre; la malade présente l'aspect d'une typhique. Pouls : 100. Température : 39°4. Masse bosselée douloureuse dans la fosse iliaque gauche, contre l'S iliaque. Elle devient fluctuante. Deux jours après, évacuation dans le rectum. On sent toujours un boudin iliaque, qui alla peu à peu en diminuant. Guérison.

Observation VII

(Mayor, *id.*)

Abcès périssigmoïdien, ouvert dans le rectum.

Enfant de onze ans : début brusque par une douleur à gauche. Température : 39°5 dans l'aisselle. Météorisme. Tuméfaction à gauche, qui devient plus saillante, mate. Dans une selle, évacuation de pus; la tuméfaction est

réduite au volume du poing. Dix jours après, le boudin iliaque persistait seul. Guérison.

Observation VIII

(Jaboulay, thèse de Régnier, Lyon, 1897-1898.)

Abcès périsigmoïdien antéro-inférieur. — Incision.

Homme de trente-deux ans, constipé; souffre depuis huit mois à gauche; on pense à un cancer de l'S iliaque. Incision: on ouvre une collection contenant du pus et des matières fécales. Anus contre nature consécutif. Guérison.

Observation IX

(Bland Sutton, *The Lancet*, p. 1.149, 24 octobre 1903.)

Suppuration d'un diverticule iliaque. — Incision. — Résection.

Homme de quarante ans: douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui auraient fait faire le diagnostic d'appendicite si elles avaient été à droite.

On pense à une affection inflammatoire. Incision sur le bord externe du droit. On tombe sur un appendice épiploïque volumineux; il contient à son intérieur un corps étranger et communique avec la lumière intestinale. Fistule stercorale, pendant dix jours. Guérison.

Observation X

(Georgi, *Deutsche Zeit. f. Chirurg.*, t. LXVII, p. 5, 1903.)

Abcès pértsigmoïdien intra-mésocolique. — Rupture.

Dans ce cas, on fit le diagnostic de cancer (il y avait de la sténose). Laparotomie exploratrice. On arrive sur une tuméfaction que l'on croit être cancéreuse. Deux jours après, mort par péritonite.

Autopsie. Abcès intra-mésocolique, rompu dans le péritoine, en rapport avec un diverticule. Pas de cancer.

Observation XI

(Hepner, *Beitrag. z. Klin. Chir.*, t. XXXVIII, 1903.)

Femme âgée; signes de suppuration; ouverture spontanée dans la vessie. L'opération montre la communication d'un *abcès développé autour d'un diverticule de l'S iliaque*.

Observation XII

(Rosenheim, *Zeitschrift f. Klinisch. Med.*, t. LIV, p. 475, 1904.)

Abcès d'origine diverticulaire, au niveau de l'S iliaque.

Mort par péritonite secondaire à l'ouverture. Cas douteux, non vérifié.

Observation XIII

(Lejars, *Semaine médicale*, p. 27, 1904.)

Sigmoïdite suppurée, abcès antérieur. — Ouverture.

Homme, vingt-six ans; souffrait depuis un an de la fosse iliaque gauche.

Température : 39 degrés. Incision : collection purulente, fétide, située en dehors de l'S iliaque. Guérison.

Observation XIV

(Walcha, *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 4, obs. III, 1904.)

Ouverture intra-péritonéale d'abcès périsigmoïdien.

Jeune fille de dix ans; phénomènes péritonéaux intenses, laissant croire à un iléus. Pouls : 140. Température : 37°9. Le lendemain, douleur dans le flanc gauche, péritonite. Mort quelques jours après. L'auteur pense à une ouverture intra-péritonéale de collection suppurée.

Observation XV

(Rolleston, *The Lancet*, 1^{er} avril 1905.)

Abcès péricolique rétro-péritonéal.

Femme, quarante-sept ans : douleurs abdominales depuis dix-huit mois, accrues depuis un mois. Phlébite double. Tuméfaction gauche. Mort.

A l'autopsie, perforation de la fin du côlon descendant ; l'une conduisait dans une grande cavité rétro-péritonéale allant du bassin au diaphragme et contenant du pus et des matières.

Observation XVI

(Rolleston, *The Lancet*, 1^{er} avril 1905.)

Abcès intra-péritonéal antérieur dû à la perforation d'un diverticule.

Femme, soixante et onze ans : hernie crurale ; accidents abdominaux ; on croit à une hernie étranglée ; kélotomie. Mort cinq jours après.

Autopsie. Abcès intra-péritonéal, autour du côlon descendant, limité par des anses grêles : il descendait jusqu'au Douglas. L'S iliaque présentait de nombreux diverticules, dont l'un était perforé et communiquait avec l'abcès. Le sujet présentait un diverticule de Meckel.

Observation XVII

(Rolleston, *The Lancet*, 1^{er} avril 1905.)

Homme, cinquante-deux ans : meurt après des signes d'obstruction ; on pense à un cancer perforé. A l'autopsie, *abcès situé à l'origine de l'S iliaque*, des ulcérations de l'S iliaque s'y ouvraient largement.

Observation XVIII

(Nicoletti, *Boll. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, 25, 4, 1906.)

Abcès péricolique.

Observation XIX

(Hartmann, *Soc. de chir. de Paris*, n^o 9, p. 263, 13 mars 1906.)

Abcès péricolique. — Ouverture.

Malade chez lequel on fit le diagnostic de cancer de l'S iliaque. Signes d'inflammation péricolique peu avant. Quelque temps après, on dut ouvrir un abcès. Le malade est resté guéri. Toute idée de cancer doit être écartée.

Observation XX

(Tuffier, *Soc. de chir. de Paris*, n° 10, p. 347, 21 mars 1906.)

Abcès de la fosse iliaque gauche.

Malade entré avec des signes de phlegmon de la fosse iliaque gauche.

Après ouverture, on tombe sur des masses tellement dures que l'on porte le diagnostic de cancer; le malade est resté guéri. L'auteur pense qu'il s'agit de lymphangites péri-intestinales.

Observation XXI

(Loison, *Soc. de chir. de Paris*, p. 338, 1906.)

Abcès périsigmoïdien antéro-supérieur. — Ouverture sur le bord externe du grand droit.

Homme, trente-six ans : douleur vive à gauche. Zone d'induration sur le bord externe du grand droit, à gauche. Ouverture. Pus fécaloïde.

Phlébite gauche pendant la convalescence. Hypocondre droit sensible pendant quelques jours. Guérison.

Observation XXII

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*,
26 juillet 1910.)

Périsigmoïdite suppurée simulant un néoplasme. — Ouverture de l'abcès. — Guérison.

Maucclair rapporte qu'il a observé, en 1906, à l'hôpital Dubois, une malade âgée de cinquante-deux ans, présentant tous les symptômes d'un néoplasme du côlon iliaque; tumeur très appréciable à la palpation, allongée dans la direction de l'intestin, diarrhée sanguinolente, amaigrissement très rapide, depuis deux mois seulement. Dans les derniers jours l'empatement s'élargit, de la fièvre survint.

On pense à un abcès développé autour d'un néoplasme du côlon iliaque et on fait une incision latérale. On tombe sur un abcès périsigmoïdien avec pus fétide, mais sans

gaz ; l'intestin était épaissi, mais non perforé, et sans néoplasme. L'abcès fut drainé et la malade guérit très rapidement. Revue plus d'un an après, elle était complètement transformée : disparition du teint cachectique, embonpoint très marqué. Plus rien d'anormal à la palpation de la fosse iliaque, plus de troubles intestinaux.

Observation XXIII

(Signalée dans la *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1910.

John. A. Hartwell.)

*Diverticulite sigmoïdienne suppurée. — Ouverture de l'abcès.
Résection de la partie malade. — Guérison.*

Homme de quarante-deux ans, hospitalisé, le 21 avril 1909, avec phénomènes d'occlusion intestinale aiguë datant de deux jours et ayant succédé à une période de constipation inusitée.

Abdomen distendu et tympanique, sauf au niveau du flanc gauche où il y a une zone de matité. La palpation décèle, à 2 ou 3 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une masse allongée dans le sens de l'anse sigmoïde, et du volume d'une pomme, douloureuse à la pression.

Sous anesthésie, on ouvre le péritoine sur la tumeur et on arrive sur un abcès siégeant sur le côté externe de l'anse sigmoïde, juste au-dessus du détroit supérieur et communiquant avec la lumière de l'intestin par un orifice à bords gangrenés. A ce niveau, et sur près de 5 centimètres, les parois de l'anse sont fortement épaissies, ainsi que la portion adjacente du méso. La portion d'intestin malade est réséquée, les deux bouts anastomosés circulairement. Drainage.

Suites mauvaises. L'obstruction ne cède pas. On fait alors dans la fosse iliaque droite une entérostomie sur la première anse grêle venue ; mais on s'aperçut plus tard qu'elle appartenait au jejunum et on dut fermer l'anus.

Les jours suivants, une fistule fécale se déclare sur l'anse sigmoïde qui se ferme ensuite spontanément. Guérison.

Examen du segment d'intestin réséqué : siège de nombreux diverticules dont un s'était perforé et avait donné naissance à l'abcès péricolique et à des adhérences ayant provoqué secondairement l'occlusion.

Observation XXIV

(Moschcowitz. Signalée dans *Revue de Chirurgie*, 10 septembre 1910.)

Diverticulite suppurée ayant entraîné la mort par péritonite.

Homme de soixante-treize ans atteint de péritonite.

L'opération montra en effet une péritonite due à la rupture d'un abcès attenant à l'anse sigmoïde. L'auteur soupçonne une perforation de diverticule enflammé, mais vu l'état précaire du malade, il se contenta de drainer l'abcès. Mort au cinquième jour.

Autopsie : sur l'anse sigmoïde on trouve une série de diverticules dont un est perforé.

Observation XXV (résumée)

(Lejars, *Semaine médicale*, 25 décembre 1907.)

Sigmo-péricolite suppurée à forme d'occlusion intestinale, avec finalement perforation et péritonite purulente diffuse.

Femme de soixante-huit ans qui depuis trois jours n'a rendu ni gaz, ni selles et dont l'état général est devenu des plus alarmants.

Le début des accidents remontait à quinze jours; jusqu'alors la malade était de santé très bonne, elle ne maigrissait pas, elle ne souffrait pas du ventre; elle était seulement et depuis longtemps constipée. Il y a quinze jours la constipation était devenue plus tenace; la malade rendait avec les selles quelques glaires, quelques « peaux » sanguinolentes. Elle souffrait un peu du ventre mais sans point douloureux ni dans la région de l'appendice, ni dans la fosse iliaque gauche. Abdomen souple et dépressible; pas de fièvre.

Après une légère amélioration, sous l'influence d'un régime et de purgatifs, survient une rapide aggravation. La malade présente tous les signes de l'iléus : facies pâle, grippé, langue un peu sèche, pouls tout petit à 125 ; ventre uniformément ballonné et tendu, sensible au palper, sans zone spécialement douloureuse. Aucune tuméfaction perceptible dans les fosses iliaques ; toucher rectal négatif.

On pense à un néoplasme profondément situé, masqué par le météorisme. Incision de la paroi iliaque gauche : le doigt explorant d'abord la région ambiante ramène du pus. L'incision est agrandie et on constate une péritonite purulente diffuse. Une seconde incision dans la fosse iliaque droite montre un appendice gros, tuméfié, rouge, mais non perforé, attenant à un cæcum rouge aussi. Une troisième incision est alors faite sur la ligne médiane pour compléter l'évacuation péritonéale : elle permet enfin de découvrir un foyer sigmoïdien. L'anse sigmoïde très bas était épaissie, infiltrée de pus, enveloppée d'une nappe phlegmoneuse. Deux anses grêles y adhéraient ; une perforation occupait la paroi interne de l'S iliaque. Nulle part il n'y avait de noyaux indurés, de plaques néoplasiques. C'était une péri-sigmoïdite suppurée consécutive à une sigmoïdite perforante. Le foyer péri-sigmoïdien fut largement drainé et isolé par des mèches de gaze ; d'autres drains furent laissés dans les incisions latérales. La malade s'éteignit vingt-quatre heures après sans la moindre réaction.

Observation XXVI (résumée)

R. Donaldson, *British medical journal*, 14 décembre 1907.

Périsigmoïdite avec abcès. — Incision. — Drainage. — Guérison.

Homme, quarante-quatre ans, paludique et constipé ancien. Pris au retour de l'Afrique australe d'accidents vagues qu'il attribue à la malaria. Après un jour ou deux, aggravation : arrêt stercoral absolu, émission de gaz sup-

primée, langue sèche, vomissements fréquents, vive douleur abdominale ; température au-dessous de la normale, pouls petit au-dessus de 100. Ventre uniformément distendu, paroi résistante, tympanisme généralisé.

Une amélioration survient à la suite du rejet de matières et de gaz ; mais la température, restée normale jusqu'au neuvième jour, commence à monter. On découvre, à ce moment, dans la fosse iliaque gauche, une petite zone plus tendue et mate qui s'élargit peu à peu, douloureuse, en même temps que reparaissent les accidents d'obstruction aiguë.

On intervient dans la fosse iliaque gauche, par une incision suivant le grand axe de la tuméfaction. On découvre un abcès contenant la valeur d'une tasse à thé d'un pus fétide, semblable au pus de l'appendicite, dans une cavité fermée par des adhérences. Elle est détergée et drainée. Un examen du rectum ne révèle rien.

Amélioration lente, après encore des douleurs, des vomissements et une complication : péricardite septique. La plaie resta ouverte quelque temps. La guérison locale et générale s'acheva finalement.

Observation XXVII

(Camelot, Thèse Boudailliez, Paris, 1909-1910.)

Périsigmoïdite suppurée. — Incision. — Guérison.

M^{lle} X..., cinquante-trois ans, opérée en octobre 1905 pour un prolapsus rectal.

Au cours de tentative de dilatation, le 1^{er} décembre, douleurs abdominales qu'aggrave un lavement intestinal pratiqué avec une longue sonde. Le 4 décembre, deux vomissements et douleurs intenses dans tout le ventre ; paroi abdominale rigide, sensible à la moindre pression. Pouls à 128. Température 37°3. Facies tiré.

Le 8 décembre, à l'occasion d'une tentative infructueuse de lavage intestinal, les douleurs, qui avaient disparu,

reparaissent plus intenses et localisées cette fois à la fosse iliaque gauche. Température à 38°5. On porte le diagnostic de péricolite iliaque et on met la malade au repos: diète, morphine et glace.

Pendant une dizaine de jours, état stationnaire. Un empâtement étendu persiste dans la fosse iliaque gauche, douloureux. Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre le plastron iliaque; douleurs continuelles. Défécation provoquée douloureuse; selles souvent glaireuses.

Le 18, l'état général s'aggrave, la température passe 38 degrés; pouls entre 110 et 120. Muguet dans la bouche.

On décide une intervention. On fait, le 23 décembre, une incision de 10 centimètres à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope. L'incision du péritoine donne issue à 400 grammes de pus très fétide. Au fond de la poche purulente, chemine le colon iliaque appliqué et ratatiné dans la fosse iliaque interne: il n'est pas très volumineux bien que ses parois paraissent épaissies. La cavité, fermée latéralement, gagne, en bas, le petit bassin, en haut la région lombaire.

On draine, on lave la poche à l'eau oxygénée et on panse à plat sans suture.

La température tombe aussitôt. Le pouls reste rapide; état général déprimé. Pendant quelques jours, du pus apparaît dans les selles, de moins en moins fétide. La cicatrisation se fait rapidement. L'état général redevient excellent. Les fonctions intestinales s'exécutent d'une manière satisfaisante.

Observation XXVIII

(Le Fort, Thèse Boudailliez, Paris, 1909-1910.)

Périsigmoïdite suppurée. — Vomito negro sigmoïdien. — Mort.

T..., Yvonne, entrée au Sanatorium de Saint-Pol, âgée de trois ans, en août 1900, pour une scoliose dorsale compliquée de *genu valgum* double.

En février 1904, l'enfant est complètement changée, état général superbe. A certaines époques l'enfant a fait de l'entérite.

A la fin d'octobre 1904, l'enfant présente des vomissements et se plaint du ventre; la température monte jusqu'à 39°4. Pouls rapide à 120. Grâce à des lavages d'intestin, on obtient des selles. On constate une submatité étendue à droite.

Au début de novembre, la douleur a diminué à droite. La fosse iliaque gauche, au contraire, est très sensible à la pression; le ventre réagit. Température : 38°5 et 39 degrés. Pouls à 140.

Le 6 novembre, on décide d'intervenir. Incision de Jala-guier sur le bord interne du grand droit gauche. Ouverture du péritoine. L'épiploon est relevé; on amène dans la plaie le côlon descendant, l'S iliaque. A la partie supérieure de cette dernière, le doigt rencontre des adhérences.

En libérant ces dernières, le péritoine protégé, un flot de pus mal lié, de mauvaise odeur, gagne l'extérieur. Le doigt pénètre dans une cavité qui gagne le petit bassin. On draine et on referme la plaie.

Suites mauvaises. La température reste à 38 degrés. Le pouls monte jusqu'à 144. On fait du sérum caféiné. Le 8, survient un vomissement sanguinolent assez abondant, qui se répète deux fois encore, le sang étant plus noir (*vomito negro*). Le pouls devient bientôt incomptable et la malade succombe dans le coma absolu.

Observation XXIX

(Le Fort. Thèse Boudailliez, Paris, 1909-1910.)

Périsigmoïdite suppurée ouverte dans vagin spontanément.

— *Incision. — Guérison.*

Fillette, quinze ans, ayant eu variole noire et fièvre typhoïde qui n'ont laissé aucune trace apparente. Opérée à chaud pour appendicite il y a trois ans.

Brusquement prise, le 16 juin 1906, de douleurs abdó-

minales sans localisation précise ; les règles, qui commencent à arriver, se suppriment. Température : vers 39 degrés ; pouls à 120. Vomissements répétés, qui deviennent porracés.

Vue le 19 juin : Abdomen distendu, souple à droite, résistant à gauche. Paroi gauche contracturée ; toute la région s'étendant de la ligne médiane jusqu'à la paroi latérale, depuis les fausses côtes jusqu'à 3 ou 4 travers de doigts de l'arcade crurale, est submate. Pas d'œdème de la paroi ; pas de fluctuation.

On croirait à une appendicite, n'était le siège de la lésion. Diète, opium, glace sur le ventre ; d'où amélioration des symptômes. Nouveau vomissement isolé le 24. Température : 38 degrés. Pouls : 90.

Le 26 au matin, 300 grammes de pus fétide s'écoulent par le vagin et cet écoulement continue les jours suivants abondamment.

Le 30, l'état général s'aggrave ; température : 39° 9 (rectale) ; pouls : 120. Palpation du flanc gauche douloureuse.

On intervient aussitôt. Incision sur le flanc gauche, à mi-distance entre le rebord costal et le petit bassin : on tombe sur une collection qui descend vers le petit bassin, obliquement, en suivant la direction de l'S iliaque. D'une cavité longue et étroite sort beaucoup de pus fétide et sanguinolent ; on draine largement.

Malgré des suites compliquées d'une albuminurie intense et prolongée, la malade eut une bonne convalescence.

Observation XXX

(Le Fort. Thèse de Boudailliez, Paris, 1909-1910.)

Périsigmoïdite suppurée au début de sa diffusion. Vomitonégro sigmoïdien.

R..., dix-sept ans, est vu pour une affection abdominale mal définie.

N'a jamais rien présenté qu'une certaine irrégularité dans le fonctionnement de l'intestin, se traduisant par

des alternatives de diarrhée, constipation, troubles dans les évacuations.

Début le 7 mai au soir par une douleur très vive dans le flanc gauche, survenue subitement, continue, s'irradiant vers l'hypocondre gauche. Température : 37°5. Le lendemain, vomissements alimentaires, puis séreux ; la douleur persiste, aussi localisée. Ni selles, ni gaz ; le malade urine bien.

A l'inspection, contracture des muscles abdominaux. Point douloureux à la pression, à gauche, au milieu et un peu au-dessus de l'arcade de Fallope. On sent un peu au-dessus de ce point douloureux dans la fosse iliaque gauche, un empatement assez localisé, un boudin inflammatoire différent, par sa résistance, de celui que donne l'S iliaque encombré de scybales. On pense à une appendicite gauche, et on institue un traitement médical.

Trois jours après, l'état s'aggrave, bien que le pouls reste à 88 et la température à 37°5.

On opère le soir du 10. Il s'écoule un liquide louche, séro-purulent, qui baigne l'intestin grêle et l'anse sigmoïde ; pas de grumeaux. Les deux grands droits contracturés ne permettant pas de bien voir, on fait un débridement transversal de 5 à 6 centimètres dans le grand droit gauche. L'S iliaque est turgescente, météorisée, couverte par endroits d'une couenne blanchâtre fibrino-purulente. Le doigt introduit arrive sur un abcès qui s'ouvre, laissant échapper un pus peu abondant, mais fétide. L'appendice est trouvé sain, en position normale. On draine.

Le lendemain, vomissements brunâtres, avec flocons hématiques de plus en plus nets et nombreux, jusqu'au 16. Mauvais état général.

Congestion aux deux bases du poumon. Amélioration à partir du 20 jusqu'au 29 où survient une nouvelle crise de douleurs abdominales, qui ne dureront que deux jours. Depuis lors, convalescence normale.

Guérison complète, et sortie le 2 juillet.

CONCLUSIONS

Il existe des abcès de la fosse iliaque gauche d'origine sigmoïdienne, indépendants de toute lésion néoplasique de l'intestin, indépendants aussi de toute lésion d'un organe voisin.

Le pourquoi de la localisation de l'infection au niveau du côlon sigmoïdien tient : à la situation anatomique de l'S iliaque, à son rôle physiologique et à la présence sur elle de diverticules. Ces trois conditions, favorisant la stase des matières fécales, font de l'S iliaque un point faible et plus facilement accessible à l'infection.

Ces abcès pérисigmoïdiens ou sigmo-pérисigmoïdites suppurées peuvent être classés en : 1° abcès intra-péritonéaux dont on distingue trois variétés : abcès antéro-inférieurs, abcès antéro-supérieurs, abcès intra-mésocôliques ; ils se manifestent par des symptômes bruyants de réaction péritonéale ; 2° abcès extra-, ou mieux rétro-péritonéaux, donnant seulement des signes de suppuration dans la région lombaire gauche.

Le diagnostic en est habituellement difficile.

Evoluant spontanément, ils peuvent s'ouvrir dans

des conduits naturels voisins (S iliaque, vessie, vagin), mais il vaut mieux les inciser et les drainer, car ils pourraient aussi bien s'ouvrir dans le péritoine et occasionner une péritonite généralisée mortelle.

Une fois incisés et drainés, ils évoluent en général vers la guérison.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 novembre 1910.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNSPERGER (L.), *Ueber entzündliche Tumoren der Flexura sigmoïdea. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, t. XXI, fasc. 4, 1910.
- BITTORF, Die akuten und chronischen Entzündungen des Dickdarms spez. der Flexura sigmoïdea (*Münch. med. Wochenschrift*, n° 4, p. 147-151, 26 janvier 1904).
- BLAND SUTTON, Perforation du côlon par de petits corps étrangers. Ses relations avec les abcès des appendices épiploïques (*The Lancet*, t. II, p. 1151, 1903).
- BOAS, *Diagnostic und Therapie der Darmkrankheiten*, Bd II, 1899.
- BOUDAILLIEZ, *Contribution à l'étude clinique des sigmoïdites et përisigmoïdites d'origine inflammatoire* (thèse Paris, 1909-1910).
- CADE, *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin*.
- CATZ (Albert), Sigmoïdites et Përisigmoïdites (*Gazette des Hôpitaux*, 5 janvier 1907).
- EWALD, *Klinik d. Verdauungskrankheiten*, Bd III, 1902.
— *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 44, 1899.
- HARTWELL (John. A.), Diverticules de l'anse sigmoïde (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1910).
— Diverticulate intestinale (*Revue de chirurgie*, 10 sept. 1910).
- KÜSS (G.), *les Rétrécissements péricoliques pelviens (pëirecto-sigmoïdiens) principalement chez la femme* (thèse Paris, 1909-1910).

- LE DENTU et DELBET, *Nouveau Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. XXIV. Affections chirurgicales de l'abdomen, par A. Guinard.
- LOUIS (Guillaume), de Tours, Sigmoidites et Pêrisigmoidites (*Archives médico-chirurgicales de Province*, p. 240, 15 août 1909).
- KAEPELIN, *Abcès de la fosse iliaque droite d'origine cœcale* (Thèse Lyon, 1909-1910).
- LEJARS, Sigmoidite et Pêrisigmoidite (*Semaine médicale*, 27 janvier 1904).
- *Discussion sur sigmoidites et pêrisigmoidites*, à la Société de Chirurgie de Paris, 21 mars 1906.
- Sigmoid-pêrisigmoidites à forme d'occlusion intestinale (*Semaine médicale*, 25 décembre 1907).
- MAYOR (Albert), Sur une variété d'entérite iliaque (*Revue médicale de la Suisse romande*, p. 421, 1893).
- Sigmoidites et Pêrisigmoidites (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, n° 10, oct. 1907).
- MICHAUX, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 7 mars 1906.
- MOURE et DESBOUL, Sigmoidite suraiguë perforante (*Presse médicale*, 29 décembre 1909).
- MOSCHCOWITZ, Résection d'S iliaque pour diverticules multiples (*Annals of Surgery*, t. XLI, n° 4, avril 1910).
- OLMSTED, Phlegmonous sigmoiditis, resection, recovery (*American Journal of Obstetrics*, t. I, p. 191, 1908).
- PATEL, Trois cas de sigmoidites (*Lyon médical*, p. 525, 2 oct. 1904).
- PATEL et PELLANDA, Sur une pièce d'S iliaque à diverticules (*Lyon médical*, 23 sept. 1906).
- PATEL, Sigmoidites et Pêrisigmoidites, affections inflammatoires simples de l'S iliaque (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1907).
- POULAIN, Sigmoidite et Pêrisigmoidite (*Journal des sciences médicales de Lille*, 14, 21, 28 mai, 4 juin 1910).
- RÉGNIER (H.), *la Sigmoidite* (thèse Lyon, 1897-1898).

ROSENHEIM, Ueber Sigmoiditis (*Zeitschrift für klinische Medizin*, Bd 54, p. 475, 1904).

ROWLANDS, Sigmoiditis and Mesosigmoiditis (*The Lancet*, 30 avril 1910).

SAILLANT, *Sigmoidites et Périssigmoidites. Etude anatomique et clinique* (thèse de Paris, 1905-1906).

SCHLIESINGER, Réparation d'un phlegmon iliaque du gros intestin (*Gesellschaft f. inn. Medizin und Kinderl. in Wien*, 21 déc. 1905).

SERVENT, *Essai sur les Colites et les Péricolites, affections inflammatoires simples* (thèse Lyon, 1907-1908).

SINGER, De la Sigmoidite (*Naturf. u. Aertzte Meran.*, 24 sept. 1905).

TESTUT-JACOB, *Traité d'anatomie topographique*.

VERDENAL, *Diverticules de l'S iliaque* (Thèse Lyon, 1907).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction	9
CHAPITRE II. — Historique	12
CHAPITRE III. — Etiologie et pathogénie	16
CHAPITRE IV. — Etude clinique	25
CHAPITRE V. — Traitement	41
CHAPITRE VI. — Observations.	43
CONCLUSIONS.	61
BIBLIOGRAPHIE	63

